

PRISE DE RENDEZ-VOUS A L'ECOLE A LA SUITE DU DEPOT EN MAIRIE

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

ÉLÈVE

NOM : _____ PRÉNOM : _____ Sexe : M F

Né-e le : ___/___/___ Lieu de naissance (commune+département) : _____ Nationalité : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Scolarité : **maternelle** PS MS GS UEMA **élémentaire** : CP CE1 CE2 CM1 CM2 ULIS

En cochant cette case, je certifie que l'enfant est couvert par une assurance de responsabilité civile.

Joindre une copie de l'assurance.

Compagnie : _____ N° contrat : _____

Nom du titulaire du contrat : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère : Nom de jeune fille : _____ Autorité parentale : oui non

Situation familiale : Mariée Pacsée Concubine Célibataire Divorcée Séparée Veuve

NOM marital (nom d'usage) : _____ Prénom : _____

Adresse : (si différente de celle de l'élève) _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Adresse mail : _____

N° CAF : _____ Caisse : CAF MSA Autre : _____

Père : Autorité parentale : oui non

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : (si différente de celle de l'élève) _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Adresse mail : _____

N° CAF : _____ Caisse : CAF MSA Autre : _____

Responsable légal autre que les parents (personne physique ou morale) Autorité parentale : oui non

Organisme : _____ Personne référente : _____

Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Adresse mail : _____

FRATRIE

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	CLASSE FRÉQUENTÉE	ETABLISSEMENT

INFORMATIONS MÉDICALES

Je certifie que mon enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires. **Joindre une copie des vaccins.**

L'enfant présente-t-il : Une allergie alimentaire : oui non Des problèmes de santé particuliers : oui non

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé pour allergie(s) ou maladie particulière oui non

Le repas est apporté suite au PAI oui non Nom du médecin traitant : _____

Type de repas demandé pour l'année : Halal sans porc végétarien sans viande

AUTORISATION

Je soussigné-e, _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à les actualiser en cas de changement et autorise M. Le Maire et/ou le personnel encadrant, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, appel d'un médecin), rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à _____ le _____

Signatures des représentants légaux

PRÉSENCE A LA CANTINE

L'inscription à la restauration scolaire vaut acceptation du règlement intérieur, en ligne sur le site Mairie Illiers-Combray, ou en Mairie.

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

Occasionnellement :

CONTRAT DE PRÉLÈVEMENT RESTAURATION SCOLAIRE

Article 1. Ce contrat concerne les modalités de prélèvement de la prestation restauration scolaire.

Article 2. Les prélèvements sont effectués entre le 10 et le 15 du mois.

Article 3. Changement d'adresse et de compte bancaire :

Le redevable qui change d'adresse, de numéro de compte bancaire, d'agence, de banque ou de banque postale, doit se procurer un nouvel imprimé de demande d'autorisation de prélèvement à l'accueil de la mairie.

Il conviendra de le remplir et le retourner accompagné du nouveau relevé d'identité bancaire à la mairie.

Si l'envoi a lieu avant le 15 du mois précédent, le prélèvement aura lieu sur le nouveau compte dès le mois suivant. Dans le cas contraire, la modification interviendra un mois plus tard.

Article 4. Echéances impayées : si un prélèvement ne peut être effectué sur le compte du redevable, il ne sera pas automatiquement représenté mais il devra être régularisé auprès de la trésorerie.

Article 5. Fin du contrat. Il sera mis fin automatiquement au contrat de prélèvement après deux rejets consécutifs de prélèvement pour le même usager. Il lui appartiendra de renouveler son contrat l'année suivante s'il le désire.

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE – AU FORMAT IBAN BIC.

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Commune d'Illiers-Combray. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la Commune d'Illiers-Combray.

A
Lu et approuvé

le
Signature